

KEBIJAKAN SUBSIDI KESEHATAN BAGI KELUARGA MISKIN DAN KONSUMSI ROKOK DI INDONESIA TAHUN 2001 DAN 2004

Juanita, Yaiy Suryo Prabandari, Ali Ghuftron Mukti, Laksono Trisnantoro

Tulisan Juanita dkk yang berjudul Kebijakan Subsidi Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Konsumsi Rokok di Indonesia tahun 2001 dan 2004 dan dimuat di Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 15 No. 02 Juni 2012 menarik untuk didukung semangat memberi jaminan kesehatan untuk keluarga miskin di Indonesia. Subsidi kesehatan dalam bentuk pemberian pelayanan kesehatan gratis kepada keluarga miskin telah dilakukan secara berkesinambungan oleh pemerintah mulai tahun 1998 (JPSPK) sampai dengan Askeskin (2005-2007) dan Jamkesmas (2008-2013). Peserta Jamkesmas secara otomatis akan menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan yang akan operasional tanggal 1 Januari 2014 sebagai penerima bantuan iuran yang iurannya ditanggung oleh pemerintah dengan dana APBN.¹

Aspek ekonomi dari rokok lebih menitikberatkan pada proses produksi rokok mulai saat tembakau ditanam, pembuatan rokok di pabrik dan tataniaganya. Rokok diposisikan sebagai komoditi ekonomi yang sangat layak jual. Rokok dianggap menjadi salah satu sumber pendapatan negara dan bagi sebagian masyarakat yang terlibat di dalam produksi dan distribusinya. Cukai rokok merupakan pendapatan negara dari cukai yang dominan yaitu mencapai 96%. Cukai yang diperoleh pemerintah dari perdagangan rokok pada tahun 2011 sebesar Rp65 triliun dan pada tahun 2012 (sampai dengan Juni 2012) sebesar Rp52,6 triliun dengan target penerimaan sebesar Rp88,02 triliun.² Posisi rokok pun menguat karena beberapa pabrik besar rokok telah melebarkan sayap bisnisnya di berbagai sektor ekonomi, sehingga gurita ekonomi pun lahir dari pabrik rokok tertentu yang punya "market share" terbesar.

Akhir tahun 2008 terbit fatwa Majelis Ulama Indonesia MUI yang mengharamkan rokok bagi anak-anak dan ibu hamil. Permenkeu No. 179/PMK/011/2012 tentang tarif Cukai Hasil Tembakau memberlakukan aturan kenaikan tarif cukai rokok dinaikkan 8,5% antara Rp5,00 sampai Rp20,00 per batang mulai 25 Desember 2012 dengan tujuan meningkatkan

pendapatan cukai rokok dalam APBN.² Walaupun demikian Indonesia merupakan satu-satunya negara di Asia dari lima yang belum meratifikasi FCTC yang merupakan payung hukum pengendalian tembakau internasional.³

Kajian-kajian ekonomi tentang rokok oleh para ekonom lebih banyak menitikberatkan besarnya pendapatan negara dari cukai dan pajak lainnya, serta serapan tenaga kerja yang bekerja dari hulu ke hilir pada produksi dan tata niaga rokok. Kajian ekonomi tersebut jarang mengupas berapa banyak anggaran rumah tangga terserap untuk konsumsi rokok sehingga akan mengurangi alokasi pendapatan keluarga untuk kebutuhan lain khususnya kebutuhan pokok atau kajian tentang kerugian ekonomi akibat merokok yang lebih banyak dilakukan oleh pakar kesehatan.

Di dalam artikel ilmiah tersebut telah dikupas banyak kerugian ekonomi karena merokok. Kerugian akibat rokok melebihi pendapatan cukai. Tahun 2005 cukai rokok sebesar Rp32,6 triliun tetapi biaya konsumsi rokok mencapai Rp167 triliun atau lima kali lipat. Berdasarkan data Susenas tahun 2004, estimasi jumlah kematian karena merokok 399.800 orang atau setara dengan total *economic loss* sebesar Rp154,84 triliun (US\$ 17.2 milyar) atau setara 4.5 kali lipat pendapatan cukai tahun 2005 sebesar Rp32,6 triliun.

"Perang" terhadap rokok lebih banyak dikemukakan oleh para ahli dan praktisi kesehatan yang telah meneliti dan membuktikan secara ilmiah bahwa rokok sangat berbahaya bagi kesehatan. Rokok adalah produk berbahaya dan adiktif. Rokok mengandung 4000 zat kimia, 69 diantaranya adalah karsinogenik (pencetus kanker). Beberapa zat berbahaya yang terkandung dalam rokok yaitu: tar, sianida, arsen, formalin, karbonmonoksida, dan nitrosamin. Rokok adalah penyebab kematian terbesar di dunia yang dapat dicegah.³

Tulisan tersebut membuktikan bahwa prevalensi merokok kepala rumah tangga termiskin yang mendapat subsidi kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak merokok. Pada rumah tangga yang mendapat subsidi kesehatan, terjadi kenaikan

yang signifikan proporsi kepala rumah tangga yang merokok sebesar 36,85%. Sementara itu, pada rumah tangga yang tidak menerima subsidi kesehatan, proporsi kepala rumah tangga yang merokok menurun sebesar 11,26%, meskipun tidak bermakna ($p=0,234$). Proporsi pengeluaran rokok terhadap kesehatan pada RT yang mendapatkan subsidi kesehatan tahun 2001 sebesar 1,84% dan naik menjadi 2,53%. Studi ini menyarankan bahwa kebijakan pemberian subsidi kesehatan bagi keluarga miskin hendaknya dikaitkan dengan perilaku tidak merokok. Tulisan tersebut menyarankan agar subsidi kesehatan hanya akan diberi bagi rumah tangga yang tidak merokok.

Chriswardani S, dkk⁴ meneliti tentang konsumsi rokok RT miskin dengan mengolah data IFLS tahun 2007 menemukan sebanyak 35,71% RT miskin mempunyai kebiasaan merokok, terbanyak sigaret (81,81%) dan rokok ramuan sendiri (29,19%). Rerata perhari 9,72 batang rokok, usia pertama kali merokok rata-rata 18,89 tahun dan 93,20% RT miskin masih merokok sampai survei dilakukan. Dibandingkan pengeluaran total RT miskin, rerata pengeluaran rokok sebulan Rp86.496,96 (13,13%) sedangkan pengeluaran kesehatan hanya Rp7.440,87 (1,13%). Kecilnya pengeluaran kesehatan antara lain disebabkan adanya Jamkesmas yang mencakup 51,48%. Model *demand* rokok dengan analisis regresi berganda menunjukkan bahwa harga rokok, pengeluaran per kapita, pengeluaran pangan, umur awal merokok mempengaruhi konsumsi rokok. Untuk mengefektifkan kebijakan perlindungan masyarakat dari bahaya rokok maka pemerintah harus segera menyusun agenda kebijakan: 1) kenaikan cukai rokok karena cukai mencapai 50% dari harga jual rokok, 2) peraturan pembatasan area merokok di tempat-tempat umum, 3) promosi dan kampanye bahaya merokok terhadap kesehatan terutama untuk remaja termasuk pembatasan iklan rokok pada berbagai media, 4) melanjutkan kebijakan bagi hasil cukai rokok pada semua daerah dan meningkatkan alokasi dananya untuk bidang kesehatan, 5) memfasilitasi pengembangan dan mempermudah mendapatkan produk *nicotine replacement treatments*, 6) mulai mengembangkan wacana Jamkesmas yang mensyaratkan upaya RT miskin ikut menjaga kesehatannya antara lain tidak merokok.

Sebagian penggiat kesehatan terus berupaya memperjuangkan kawasan yang bebas asap rokok terutama di kawasan tempat-tempat umum termasuk sekolah dan kampus. Mereka tidak hanya melakukan advokasi agar tercipta peraturan yang menaungi sekolah atau kampus bebas asap rokok, tetapi juga mengevaluasi efektivitas kebijakan tersebut seperti yang dilakukan Yayi Suryo Prabandari dkk.⁵ Per-

juangan mewujudkan kawasan bebas asap rokok masih memerlukan perjalanan panjang ini seharusnya tidak hanya diperjuangkan oleh para penggiat dan akademisi kesehatan saja.

Terkait dengan tingginya konsumsi rokok pada keluarga miskin dan di sisi lain angka kesakitan dan kematian lebih tinggi pada kelompok ini maka kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional seharusnya sudah mulai mengkaji perlunya memasukkan perilaku sehat yaitu tidak merokok di dalam persyaratan menerima jaminan kesehatan. Diperlukan keberanian dan upaya yang kuat untuk mewujudkan hal ini.

Chriswardani Suryawati

Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Diponegoro.

Email : chriswardani_surya@yahoo.com.

REFERENSI

1. RI. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2012 - 2019. Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Dewan Jaminan Sosial Nasional, Kementerian Kesehatan, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Keuangan, Kementerian Negara BUMN, Kementerian Ketenagakerjaan dan Transmigrasi, Kementerian Sosial, Kementerian Pertahanan, Kementerian Dalam Negeri, Tentara Nasional Indonesia/Kepolisian RI, TNP2K Sekretariat Wakil Presiden, PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), Jakarta, 2012.
2. Ima G. Tarif Cukai Rokok 2013 Naik Rokok 8,5% [Internet]. 2012 [diakses 2013]. Diakses dari: www.bisnis.liputan6.com/read/459087/tarif-cukai-rokok-2013-naik-rokok-85
3. Soerojo W. Epidemi Tembakau di Indonesia dan "Tobacco Free Campus TCSC-IAKMI UNDIP. Seminar Nasional Tobacco Free Campus di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro. Semarang, 2008.
4. Suryawati C, Kartikawulan LR, Hariadi K, Konsumsi Rokok Rumah Tangga Miskin di Indonesia dan Penyusunan Agenda Kebijakan-nya. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 2012; 01(02).
5. Prabandari YS, Ng N, Padmawati RS. Kawasan tanpa merokok sebagai alternatif pengendalian tembakau, studi efektivitas penerapan kebijakan kampus bebas rokok terhadap perilaku dan status merokok mahasiswa di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2009; 12(04): 218 – 25.